

Дополнительная программа помощи в области питания (SNAP) помогает людям с небольшим доходом или без дохода покупать продукты для здорового питания в участвующих в этой программе магазинах. Преимущества SNAP повышают покупательскую способность семьи на продукты при добавлении этих денег к хозяйству.

Домашнее хозяйство - это любое лицо, семья или группа людей, которые живут, покупают и едят пищу вместе. Любой член семьи удовлетворяющий основной доход и другие требования, может получать преимущества SNAP.

### **Чтобы подать заявку на SNAP:**

- **Позвоните по телефону- 1-855-306-8959; или**
- **Начните свое заявление через <https://benefind.ky.gov/>; или**
- **Посетите свой местный офис DCBS, чтобы лично подать заявление; или**
- **Распечатайте напечатанное заявление на следующей странице, заполните и верните в местный офис DCBS или отправьте по почте по адресу: DCBS, P.O. Box 2104, Frankfort, KY 40602**

**Если у вас затруднения в общении с нами, потому что вы не говорите по-английски или имеете инвалидность, пожалуйста сообщите нам об этом. По требованию вам предоставится бесплатная языковая помощь или другие вспомогательные средства и услуги. Чтобы получить бесплатные услуги переводчика, звоните 1-866-291-8931. Для получения дополнительной помощи звоните 1-855-306-8959 или 1-800-627-4720.**

Если вы подаете заявление по интернету или распечатываете это заявление в интернете, перед тем, как оно может быть обработано, необходимо провести собеседование. Здесь указывается место и почтовый адрес каждого офиса поддержки [семьи](#). Льготы начинаются с даты получения вашего заявления.

Ваша семья может назначить кого-то вашим уполномоченным представителем, чтобы действовать от вашего имени и завершить собеседование по поводу льгот SNAP, а также использовать ваши льготы для покупки продуктов для вашего дома.

Если ваша семья нуждается в немедленной помощи, вы можете получить свои льготы SNAP в течение нескольких дней после подачи заявки, если:

- Ежемесячные расходы на аренду / ипотеку и коммунальные услуги вашей семьи превышают его валовой ежемесячный доход; или
- Валовой ежемесячный доход вашей семьи составляет менее 150 долларов США, а ресурсы, такие как наличные или банковские счета, составляют 100 долларов США или менее; или
- В состав вашей семьи входят члены, которые являются бедными мигрантами или сезонными работниками сельского хозяйства.

Подающие на льготы SNAP имеют право:

- Подать заявление на льготы SNAP в тот же день, в который вы обратитесь в DCBS.
- Получить уведомление, если SNAP будет одобрен или отклонен в течение 30 дней после подачи заявки.
- Получить льготы SNAP в течение нескольких дней, если у вас есть право на получение льгот, у вас мало или вообще нет денег, и вы отвечаете определенным требованиям по доходам.
- Запросить справедливое слушание, если вы не согласны с любыми действиями, предпринятыми в вашем случае.

Для получения дополнительной информации о SNAP обратитесь в DCBS по телефону 1- (855) 306-8959.

В соответствии с федеральными законами о гражданских правах, положениями и политикой гражданских прав Министерства сельского хозяйства США (USDA), Министерство сельского хозяйства США, его агентства, офисы и сотрудники, а также учреждения, участвующие в программах Министерства сельского хозяйства США или управляющие ими, запрещают дискриминацию по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, вероисповедания, инвалидности, возраста, политических убеждений или репрессий или возмездия за предыдущую деятельность в области гражданских прав в любой программе или деятельности, проводимой или финансируемой Министерством сельского хозяйства США.

Лица с ограниченными возможностями, которые нуждаются в альтернативных средствах общения для информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов и т. Д.), должны обратиться в Агентство (государственное или местное), где они подавали заявку на получение пособий. Лица, которые являются глухими, слабослышащими или имеют нарушения речи, могут обратиться в Министерство сельского хозяйства США через Федеральную службу ретрансляции по телефону (800) 877-8339. Кроме того, информация о программе может быть доступна на других языках, кроме английского.

Чтобы подать жалобу о дискриминации по программе, заполните форму жалобы на дискриминацию по программе по этой ссылке [USDA Program Discrimination Complaint Form](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (AD-3027) которую вы найдете в Интернете по адресу: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), а также в любом офисе Министерства сельского хозяйства США или напишите письмо, адресованное Министерству сельского хозяйства США, и предоставьте в письме всю информацию, запрошенную в форме. Чтобы запросить копию формы жалобы, позвоните по телефону (866) 632-9992. Отправьте заполненную форму или письмо в Министерство сельского хозяйства США:

- (1) по почте: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) по факсу: (202) 690-7442; or

(3) по электронной почте: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Это учреждение является поставщиком равных возможностей.

Вы также можете подать жалобу в Кабинет министров по вопросам здравоохранения и семьи, Управление по управлению людскими ресурсами, Отдел соблюдения Cabinet for Health and Family Services, Office of Human Resource Management, EEO Compliance Branch, 275 East Main Street, 5C-D, Frankfort, Kentucky 40621 or call (502) 564-7770 EXT 4107.

Если у вас есть другие жалобы на ваш случай с SNAP, вы можете позвонить в офис омбудсмена по телефону 1-800-372-2973 или 1-800-627-4702.

Если вы не согласны с тем, **как мы поступили** с вашим SNAP-заявлением, вы можете запросить о проведении слушания **в течение 90 дней** с момента получения нами уведомления о вашей заявке SNAP. Чтобы запросить слушание:

Позвоните по телефону 1-855-306-8959; **ИЛИ**

Напишите свою причину для запроса слушания, подпишите и поставьте дату на бумагу, а затем: отдайте в любой офис DCBS; **ИЛИ**

Отправьте по адресу:

Cabinet for Health and Family Services, Division of Administrative Hearings  
Families and Children Administrative Hearings Branch,  
105 Sea Hero Road, Suite 2, Frankfort, KY 40601

Содружество Кентукки  
Кабинет по вопросам здравоохранения и семьи  
Управление общественными услугами

## **Заявление на SNAP**

### **Что такое SNAP ?**

Программа льготной покупки продуктов питания (SNAP)- это программа, которая помогает покупать продукты питания. Пособия, получаемые через СНАП, называются продуктами пособиями.

### **Как можно получить SNAP пособие?**

**Шаг 1.** Заполните форму заявления.

Все могут заполнить форму заявления. Ответьте на как можно больше вопросов. **Если вы подаете заявление на SNAP и не можете заполнить все страницы сразу, обязательно заполните эту страницу и верните в офис. Заполните и отправьте остальные страницы (страницы 2-8) как можно скорее**

**Шаг 2.** Верните нам заполненную форму.

Вы можете отправить форму через факс в местный Офис Управления Общественными Услугами (ОУОУ) по номеру факса (502) 573-2007 или отправьте в ОУОУ по адресу: DCBS, P.O. Box 2104, Frankfort, KY 40602. Также, вы можете лично принести форму в ОУОУ когда он открыт.. После того как мы получим ваше заявление вы получите инструкции как проходить завершительное собеседование. У вас есть право знать, если вы будете получать данное пособие. **С того дня, когда мы получим эту страницу с вашим именем, адресом и росписью, начинается отсчет времени, когда определяется, если вы будете получать пособие. Это так же является начальным днём пособия для вас, если пособие вам положено.**

**Шаг 3.** Поговорите с нами.

На собеседование нужно принести:

-доказательство личности (водительское удостоверение, карта социального обеспечения или иммиграционный документ)

*\*См. примечание на*

***странице 3 о предоставлении вашего номера социального страхования.***

-свидетельство того, кто с вами проживает (арендный договор или письменное утверждение)

-свидетельство о проживании в штате Кентукки

-свидетельство о расходах по уходу за детьми или об уплате пособия на детей

-свидетельство о доходах за последние 60 дней, включая корешки чеков с работы.

**\*Если вы не можете принести все необходимые бумаги, все равно приходите на интервью. Мы вам поможем.**

Имя \_\_\_\_\_ Номер Соц. Страхования \_\_\_\_\_

### **Расскажите о себе**

Фамилия ..... Имя ..... Инициал  
отчества .....

Номер соц. обеспечения .....

Имя: \_\_\_\_\_ Номер Соц. Страхования: \_\_\_\_\_

Дата рож-ия ..... Адрес  
(улица) ..... Город .....

Штат ..... Индекс ..... Округ .....

Тел. .... .. свой .. близости

*Если ваш почтовый адрес отличается от адреса физического проживания, тогда укажите  
внизу:*

Имя: \_\_\_\_\_ Номер Соц. Страхования: \_\_\_\_\_

Улица ..... Город ..... Штат ..... Индекс .....

**Роспись**

**Свидетель**

**Дата**

Разговорный язык \_\_\_\_\_ Письменный язык \_\_\_\_\_

У вас есть органичное владение английским языком Да\_\_ Нет\_\_

Вам могут предоставить бесплатного переводчика, если Вы плохо говорите на английском. Вам  
нужны услуги переводчика во время интервью? \_\_ Да \_\_ Нет

Если да, то какой язык? \_\_\_\_\_

*Если вам нужна помощь при заполнении данной формы, обратитесь в местный офис (855)306-  
8959. Определить местонахождение местного офиса можно на  
сайте [https://prdweb.chfs.ky.gov/Office\\_Phone/index.aspx](https://prdweb.chfs.ky.gov/Office_Phone/index.aspx)*

Вам нужна помощь для эффективного общения? Да\_\_ Нет\_\_

*Если да, то отметьте всё, что относится:*

\_\_\_ Переводчик Американского языка жестов \_\_\_ Сурдопереводчик

\_\_\_ Устный переводчик \_\_\_ Тактильный переводчик \_\_\_ Переводчик по видео трансляции \_\_\_

Услуга через дистанционную телесвязь \_\_\_ Шрифт Брайля

\_\_\_ Электронная связь (емэйл) \_\_\_ Другое \_\_\_\_\_

У Вас есть определенное физическое или умственное состояние, при котором Вам потребуются  
специальные условия во время Вашего интервью, (например доступ к инвалидному креслу, т.д.) в  
течении интервью по вашему заявлению? \_\_ Да \_\_ Нет

Если да, то что вам необходимо? \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_ Номер Соц. Страхования \_\_\_\_\_

### **Когда я начну получать данное пособие?**

**Возможно, Вы сможете получить продуктивное пособие к пятому дню после подачи форм.** Это называется ускоренные пособия. Если Вы подходите для этого, то нам нужно больше чем эта страница. Смотрите ниже об Ускоренном пособии или спросите нас.

Чтобы получить продуктивное пособие, необходимо полностью заполнить данную форму. Нам нужна **ВСЯ** форма, чтобы решить, если Вы имеете право на получение пособия, даже если Вы можете получать Ускоренное пособие. Чем больше информации Вы предоставите, тем лучше мы выполним свою работу. Если Вам нужна помощь при заполнении форм, спросите нас, и мы поможем. Вам также нужно принести (или прикрепить к форме) копию вашего удостоверения личности (водительское удостоверение, карта социального обеспечения или иммиграционный документ).

### **Ускоренное пособие.**

#### **Кто именно может получить продуктивное пособие за 5 дней:**

- семья с месячным валовым доходом менее \$150, и активами менее \$100; или
- семья, чья арендная плата, ипотека и коммунальные услуги превышают месячный валовой доход и активы данной семьи, или
- семья, в которой проживает мигрант или сезонный работник фермы, чей доход приостанавливается или только начинается.

#### **Продуктивное пособие за 30 дней.**

если Вы не получаете Ускоренное пособие, то Вам придет письмо о том, что:

- Вы будете получать пособие и сколько, или
- Вы не будете получать пособие и почему.

Вы можете подать на продуктивное пособие и другие пособия одновременно. Но ваше заявление на продуктивное пособие будет рассмотрено отдельно. Мы должны рассмотреть ваше заявление на продуктивное пособие основываясь на законах по продуктивному пособию, и мы дадим вам знать о принятом решении как можно скорее, но не позже чем через 30 дней со дня получения подписанного вами заявления. Ваше заявление на продуктивное пособие не будет отвергнуто только потому, что ваше заявление на другие пособия было отвергнуто или из за того, что вы потеряли другие пособия, которые вы получали.

### **Могу ли я выбрать, чтобы кто-то мне помог?**

Вы можете попросить кого-то вам помочь. Вы не обязаны этого делать. Но если Вы это сделаете, то этот человек может заполнить за Вас данную форму, ответить на вопросы за Вас, предоставить информацию на интервью и покупать Вам продукты с EBT карточкой. Мы сможем делиться информацией с данным человеком.

**Примечание:** Наркотические и алкогольные реабилитационные центры **должны** назначить работника, чтобы подать заявление для своих резидентов.

#### **Представитель:**

Фамилия ..... Имя .....

Почтовый адрес ..... Город ..... Штат ..... Индекс .....

Дата рождения \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Тел. ....

мм дд гггг

Имя \_\_\_\_\_ Номер Соц. Страхования \_\_\_\_\_

### **Информация об иммиграционном статусе.**

Вы можете подавать заявление на получение продуктового пособия для вашей семьи, даже если некоторые члены не имеют права из-за своего иммиграционного статуса. Например, родители, не имеющие правового иммиграционного статуса, могут подавать на пособие для своих детей, которые являются гражданами США или легальными иммигрантами. Люди, которые не имеют легального иммиграционного статуса, могут не иметь право на пособие. Мы не будем связываться с Иммиграционными службами США (USCIS) насчет тех, для кого Вы не подаете заявление. Но мы должны использовать информацию об их доходах и активах, чтобы установить, если остальные члены семьи имеют право на получение продуктового пособия. Вы не обязаны представлять иммиграционные документы на тех, для кого Вы не желаете получать пособие. Мы проверяем иммиграционный статус тех иммигрантов, на кого Вы запрашиваете пособие. Информация, которую мы получаем, может повлиять на Ваше продуктивное пособие.

### **Информация о номере социального обеспечения.**

У Вас есть выбор предоставлять нам или нет номера социального обеспечения на каждого члена вашей семьи. Мы можем выдавать пособие только тем, кто предоставит свои номера или свидетельство того, что они подали на получение номера социального обеспечения. Вы не обязаны предоставлять номера тех, на кого Вы не желаете получать пособие.

### **Вы не будете подвергаться дискриминации.**

В соответствии с федеральным законом и Министерством Сельского хозяйства, гражданские права и полисы, МСХ, его Агенствам, офисам, сотрудникам, и учреждениям, участвующим в управлении МСХ программ, запрещено дискриминировать на почве расы, цвета, национального происхождения, пола, религии, инвалидности, возраста, политических взглядов, расправы или мести за прошлую деятельность по гражданским правам в любой программе или деятельность осуществляемую или финансируемую МСХ. Людям с инвалидностью, которым необходимы альтернативные средства общения для информации о программе (например шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, Американский язык жестов и т.д.), следует обратиться в агенство (Штата или местное), куда они подали на пособие. Глухим или слабослышащим особам или тем у кого есть дефекты речи, можно обратиться в Министерство Сельского Хозяйства через Федеральную Релейную Службу по номеру (800) 877-8339. Кроме этого информация о программе может быть предоставлена на других языках, кроме Английского.

Чтобы подать жалобу по дискриминации, заполните Форму Жалобы по Дискриминации Программы Министерства Сельского Хозяйства, найти в интернете по: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), и в любом офисе Министерства Сельского Хозяйства, или напишите письмо адресованное в Министерство Сельского Хозяйства и предоставьте в этом письме информацию, запрошенную в форме. Чтобы запросить копию формы жалобы, позвоните по номеру (866) 632-9992.

Отправьте заполненную форму или письмо в Министерство Сельского Хозяйства по адресу:

(1) почтой: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights

Имя \_\_\_\_\_ Номер Соц. Страхования \_\_\_\_\_

1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;

(2) по факсу: (202) 690-7442; или

(3) по емэйлу: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Это учреждение является поставщиком и предпринимателем равноправных возможностей.

### **Расскажите о тех, кто с Вами проживает.**

Семьей, по критериям данной программы, считается человек или группа людей, которые живут вместе и покупают продукты питания и готовят пищу вместе. Члены группы не обязаны состоять в родственных отношениях друг с другом. **Следующие люди должны считаться одной семьей, если они живут вместе, даже если не покупают продукты и не готовят вместе пищу:**

- Вы и Ваш муж или жена,
- ваши дети, младше 22 (даже если у них есть свои дети);
- любой родитель детей младше 22;
- дети младше 18, находящиеся на Вашем попечении;
- и все те, кто покупает и готовит еду с Вами.

### **Инструкции:**

В таблице, внизу, заполните графы для каждого, кто с Вами проживает. Если Вы не хотите получать пособие на кого-либо, то ответьте "нет" на первый вопрос и напишите только их имена, отношение к Вам и даты рождения.

Мы должны спросить о вашей национальности и расе, чтобы удостовериться в том, что льготы всех программ распределены без учета вашей расы, цвета кожи или национального происхождения, но вам не обязательно отвечать на этот вопрос. Ваш ответ не повлияет на то, сколько льгот и как скоро вы их получите. **Если вы хотите ответить на вопросы о расовой и этнической принадлежности, используйте следующие кодировки:**

#### Этническая принадлежность:

H= Испанец или латиноамериканец

N= Не испанец или латиноамериканец

#### Расовая принадлежность:

B = Черный или афро-американец

W = Белый

N = Уроженец Гавайских и др. Тихоокеанских островов

A = Азиат

I = Индеец или уроженец Аляски

\*\*\*Некоторые люди должны быть согласны регистрироваться для работы и возможно, что придется следовать другим правилам работы или обучения, чтобы получить пособие. Пожалуйста укажите согласен ли каждый человек регистрироваться. Мы дадим Вам знать, если другие правила работы или обучения относятся к кому-нибудь в вашем доме.

Включать в пособие? да/нет	покупает и готовит еду вместе	Имя, фамилия	номер соц.обеспечения	отношение к Вам	дата рождения (месяц, число, год)	пол (м или ж)	Этническая принадлежность	Раса	Гражданин (да/нет)	***Согласен регистрироваться для работы? Да/Нет
1.				апликант						

2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										

**Примечание:** Подписывая стр. 10, я соглашаюсь с тем, что члены моей семьи будут соблюдать все правила.

У кого-нибудь есть EBT карточка выданная штатом Кентуки? Да Нет Кто? \_\_\_\_\_  
 Перечислите всех кто старше 18 лет и являются студентом: \_\_\_\_\_

Получает ли кто-нибудь продуктовое пособие от другого штата Да Нет Какой штат? \_\_\_\_\_

Был ли кто-нибудь в вашем доме осужден за дачу ложной информации о том кем вы являетесь или где вы проживаете, с целью получить продуктовое пособие по больше чем одному месту жительства одновременно с 08/22/96? Да Нет Кто? \_\_\_\_\_

Является ли кто-нибудь преступником или нарушитель испытательного срока? Да Нет Кто? \_\_\_\_\_

Был ли кто-нибудь осужден за наркотики с 08/22/96? Да Нет Кто? \_\_\_\_\_

Был ли кто-нибудь в вашем доме осужден за куплю, продажу или обмен продуктового пособия на сумму более чем \$500 с 08/22/96? Да Нет Кто? \_\_\_\_\_

Был ли кто-нибудь в вашем доме осужден за обмен продуктового пособия на огнестрельное оружие, боеприпасы или взрывчатые вещества с 08/22/96? Да Нет Кто? \_\_\_\_\_

Был ли кто-нибудь в вашем доме осужден за обмен продуктового пособия на наркотики после 08/22/96? Да Нет Кто? \_\_\_\_\_

**Какие расходы ваша семья имеет?**

Чтобы Ваше продуктовое пособие было как можно больше, нам нужна информация о всех Ваших счетах. Отказ от сообщения или предоставления информации о любых расходах будет рассматриваться как нежелание получить дедукцию из данных расходов.

Имя \_\_\_\_\_ Номер Соц. Страхования \_\_\_\_\_

**Расходы на проживание и коммунальные услуги**

Арендная плата: \$ ..... в месяц

Аренда за участок земли: \$ ..... в месяц

Ипотека: \$ ..... в месяц

Если налоги и страхование **не включены** в ипотеку, укажите суммы внизу:

Налоги на имущество: \$ ..... в .....

Страхование имущества: \$ ..... в .....

Отметьте все оплачиваемые Вами счета за коммунальные услуги:

- Свет/Электричество
- Вода/Канализация
- Газ
- Мусор
- Телефон
- Дополнительные счета от владельца дома
- Другие .....

Является ли какой-либо из коммунальных платежей, что вы оплачиваете, за отопление или кондиционер? Да Нет

За прошлый год Вы получали помощь в оплате за электроэнергию по месту вашего настоящего места жительства(LINEAP)? Да Нет

**Медицинские расходы.**

Сообщите нам, если у вас есть неоплаченные страховкой медицинские расходы, для тех лиц у которых инвалидность или кто старше 59 лет. Это могут быть счета от доктора или больницы, расходы на покупку лекарств,

транспорт, взносы за медицинское страхование или другие медицинские расходы.

Кто платит: ..... Сумма: \$ ..... в месяц.

**Сообщите, если у Вас есть расходы на детский сад.**

Для кого: ..... Кто оплачивает: .....

Сумма: \$ ..... в месяц.

**Алименты.**

Сообщите, если кто-то по указу **суда** платит алименты.

Кто платит: ..... Сумма: \$ ..... в месяц.

**Сообщите, если Вы получаете помощь в оплате каких-либо расходов:**

Какие расходы были оплачены?	Кто оплатил?	Сумма

**Вид доходов Вашей семьи.**

Перечислите имена и ежемесячную сумму. Пустая графа будет означать отсутствие данного вида дохода в семье. При необходимости прикрепите дополнительный лист бумаги.

Откуда поступают деньги	Кто получает деньги	Сумма в месяц	Работодатель
Зарплата до вычета налогов			
Зарплата до вычета налогов (вторая работа)			
Частная деятельность			
Чаевые			
Социальное обеспечение или SSI			

Пособие ветеранам, пенсия			
Пособие по безработице			
Алименты			
Деньги, получаемые от друзей, родственников			
Другое			

- Был ли кто-либо нанят на работу, но еще не получил зарплату?  
 ... Да ... Нет Кто? .....
- Уволился ли кто-либо с работы в течение последних 30 дней?  
 ... Да ... Нет Кто? .....
- Является ли кто-либо мигрантом или сезонным работником фермы?  
 ... Да ... Нет Кто? .....
- Участвует ли кто-либо в забастовке?  
 ... Да ... Нет Кто? .....

**Какими активами Ваша семья обладает?**

**Перечислите общую сумму денег:**

Наличные \$ ..... Банковские счета/кредитный союз \$ .....  
 Акции, ценные бумаги, сберегательные счета \$ .....

***Пожалуйста, прочитайте данную информацию. Подпишите на стр. 10 и поставьте дату.***

**Правила SNAP.**

**Следуйте данным правилам:**

- **Не** скрывать или намеренно давать ложную информацию с целью получить продуктовое пособие.
- **Не** использовать продуктовое пособие на покупку непродовольственных товаров, как алкоголь или табачные изделия.
- **Не** обменивать, продавать или дарить продуктовые талоны.
- **Не** использовать чужие продуктовые талоны для себя.

**Наказание при нарушении правил.**

**Любой, кто нарушит выше перечисленные правила:**

- **Не** сможет получать продуктовое пособие на один год(при первом нарушении), два года при втором нарушении, навсегда при третьем нарушении.
- **Может** быть оштрафован на сумму до \$ 250,000 и/или заключен в тюрьму на срок до 20 лет.
- Если суд признает Вас виновным в покупке, продаже или обмене своего продуктового пособия на сумму более \$500, Вы навсегда потеряете пособие.
- Если суд признает Вас виновным в обмене продуктового пособия на оружие, боеприпасы или взрывчатые вещества, Вы навсегда потеряете пособие.
- Если суд признает Вас виновным в обмене продуктового пособия на наркотики или алкогольные напитки, Вы потеряете пособие на два года при первом нарушении и навсегда при втором.

Имя \_\_\_\_\_ Номер Соц. Страхования \_\_\_\_\_

- Вам будет отказано в получении продуктового пособия на 10 лет, если Вы будете признаны виновным в получении или попытке получить продуктивное пособие на более чем одну семью одновременно. Это случается, если Вы предоставляете ложную информацию о себе.

- В дополнение к этим наказаниям, суд так же может запретить вам получать продуктивное пособие в последующие 18 месяцев, если вы осуждены за преступление или судебно наказуемый проступок по поводу нарушения правил перечисленных выше.

- Вы не получите продуктивное пособие, если вы укрываетесь или убегаете от закона, чтобы избежать обвинения, взяты под арест, помещены под тюремное заключение или нарушили условия испытательного срока.

***Намеренное предоставление ложной информации может привести к возбуждению судебного иска против Вас (криминальному или гражданскому). Также Ваше пособие будет сокращено или отобрано.***

#### **Что мы делаем с вашей информацией?**

При предоставлении ложной информации Вам будет отказано в продуктивном пособии. Мы дадим Ваши ответы сотрудникам правоохранительных органов, чтобы поймать нарушителей закона. В случае переплаты продуктового пособия, Ваши ответы будут предоставлены федеральным и государственным органам для сбора переплаты. Мы будем отказывать в помощи лицам, не предоставившим свои номера социального обеспечения. Мы не будем давать номер вашего социального обеспечения Иммиграционным службам США (USCIS).

#### **Закон об охране прав личности.**

Сбор этой информации, в том числе номера социального обеспечения каждого члена семьи, допускается в соответствии с Законом о продовольственных талонах 1977 года, с поправками 7 U.S.C. 2011-2036. Эта информация будет использоваться для определения наличия права у Вашей семьи на получение или продолжение получать продуктивное пособие. Информация проверяется с помощью специальных компьютерных программ. Эта информация будет также использоваться для контроля над соблюдением правил и управления программой.

Эта информация может быть раскрыта для других федеральных и государственных агентств для официальной экспертизы, а также для сотрудников правоохранительных органов в целях задержания лиц, скрывающихся от закона.

В случае возбуждения против Вашей семьи иска, касающегося продовольственных талонов, информация, предоставленная в этом заявлении, включая все номера социального обеспечения, могут быть переданы федеральным и государственным органам, а также частным агентствам для принятия необходимых мер.

Предоставление запрашиваемой информации, в том числе SSN каждого члена семьи, является добровольным. Однако неспособность обеспечить SSN приведет к отказу в получении продовольственных талонов тем, кто не предоставил свой номер. Любой предоставленный номер социального обеспечения будет

Имя \_\_\_\_\_ Номер Соц. Страхования \_\_\_\_\_

использоваться и раскрываться так же, как и номера социального обеспечения соответствующих членов семьи.

### **Мы проверяем предоставленную Вами информацию.**

Мы используем компьютерные системы, чтобы проверить доход вашей семьи и найти соответствия с другими учреждениями, такими, как Управление по вопросам занятости и подготовки кадров, Налоговой службы и других соответствующих источников. Если предоставленная Вами информация отличается от того, что компьютерная система сообщит нам, мы будем проверять, чтобы выяснить, что является правильным. Мы можем проверить информацию, обратившись к вашему работодателю, в банк или к другим людям. Если какая-либо информация в данном заявлении является ложным, то Вам будет отказано в получении пособия, и Вы можете быть привлечены к уголовной ответственности за предоставление заведомо неверной информации. Информация, которую вы нам предоставляете, могут быть проверены федеральными, государственными и местными должностными лицами. Проверяются номера социального обеспечения всех лиц, перечисленных в анкете, их работы и оплаты труда, сумма средств в банковских счетах, средства, получаемые из других источников, таких как социальное обеспечение или пособие по безработице, и иммиграционный статус.

### **Ваша роспись.**

#### **Я понимаю:**

- Вопросы в данном заявлении, и что может произойти, если я буду скрывать или давать неверную информацию.
- Я должен представить доказательства информации о моей семье.
- Данный офис и подразделение контроля качества может связаться с другими людьми или организациями, чтобы получить доказательства моей информации.
- То, что предоставленная мною информация, в том числе информация, касающаяся гражданства и иммиграционного статуса, подлежит проверке федеральными, государственными и местными властями, чтобы определить верность.
- Что я обязан предоставить номер социального обеспечения для всех, кто живет в моем доме, для которых я подаю заявление на получение пособий. (номера социального обеспечения и иммиграционный статус не должны быть предоставлены для тех, кто не подает на пособие).
- Что номера социального обеспечения будут использоваться различными государственными и федеральными агентствами через IEVS. Например: Социальное обеспечение, IRS, SSI, Wage Records, Страхование по безработице и другие. При нахождении несоответствий, информация подлежит проверке. Информация, представленная в соответствии с IEVS, после проверки, может повлиять на право на получение и размер пособия.

#### **Я согласен:**

- Что все необходимые члены моей семьи будут следовать правилам работы и обучения.

#### **Я подтверждаю под страхом наказания, что:**

- Мои ответы являются правильными и полными.
- Мои ответы на вопросы о гражданстве или иммиграционном статусе каждого лица, обращающегося за помощью, верны.

Имя \_\_\_\_\_ Номер Соц. Страхования \_\_\_\_\_

Роспись

Свидетель

Дата  
/ /

### **Что Означает Наша Терминология?**

В данной анкете используются следующие термины.

**Household** (семья) - лицо или группа лиц, которые живут вместе, покупают продукты питания и готовят пищу вместе.

**Quality Control** (контроль качества) - управление DCBS , которое рассматривает заявления на продуктовое пособие, чтобы увидеть, если они верны. В случае выбора Вашего дела, управление контроля качества свяжется с Вами.

**Работа и правила подготовки** Некоторые люди должны работать или проходить стажировку для того, чтобы они могли получать продуктовое пособие. Если эти условия будут относиться к вам или другим людям в вашем доме, мы вам об этом сообщим. Вам будет необходимо следовать правилам относительно работы или стажировки для того чтобы вы могли получать продуктовое пособие.

### **Как Получить Слушание**

Вы можете попросить о слушание в течение 90 дней со дня получения вами уведомления от нас о вашем заявлении на продуктовое пособие, если вы несогласны с чем-то что мы сделали с вашим заявлением или льготами. Вы можете высказать вашу сторону или привести друга, родственника или адвоката, чтобы выступить для вас в суде.

### **Как попросить о слушание?**

Позвоните 1-855-306-8959; или

Приложите отдельный листок бумаги на котором объясните причину для слушания, поставьте подпись и дату, далее:

Отшлите по адресу: **Cabinet for Health and Family Services, Division of Administrative Hearings, Families and Children Administrative Hearings, Branch, 105 Sea Hero Road, Suit 2, Frankfort, KY 40601**

### **Дополнительное раскрытие информации**

***Помогите нам помочь Вам!***

Вы не обязаны подписывать это, но это поможет нам получить необходимую информацию, чтобы помочь вам.

Имя \_\_\_\_\_ Номер Соц. Страхования \_\_\_\_\_

**Вам следует знать:**

- Нам возможно потребуется больше информации, чтобы определить, можете ли Вы получить пособие.
- Если нам потребуется дополнительная информация, Вы получите письмо о том, что именно нужно и сроки предоставления.
- Вы ответственны за предоставление информации. Вы можете попросить нас помочь Вам в этом.
- Если Вы не предоставите необходимую информацию вовремя, Вам будет отказано в пособии.
- Мы можем приложить копию этого релиза к форме, которая просит других людей или организаций предоставить необходимую информацию о Вас или других членов вашей семьи.

**Ниже впишите Ваше имя и поставьте свою подпись, чтобы дать нам право получить необходимую информацию.**

Выдача информации.

Я разрешаю любому лицу или организации предоставить Управлению общественными услугами Кентукки запрошенную информацию обо мне или других членов моей семьи. Копия этого релиза является столь же действительным, как оригинал. Этот релиз не распространяется на защищенную медицинскую информацию. Этот релиз действителен в течение 12 месяцев со дня подписания.

Ваше Имя .....

Подпись .....

Дата .....